

Guía de apoyo a las madres



Uso de chupetes y Tetinas



Región de Murcia
Consejería de Salud



Promueve y edita:

© Región de Murcia
Consejería de Salud
Servicio Murciano de Salud

Creative Commons License Deed



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1ª Edición: Noviembre 2024.

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Beatriz Garnica Martínez. Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría.

M^a del Rocío Pérez Crespo. Pediatra. Responsable de la IHAN del SMS.

Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad

María Dolores Hernández Gil. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Esperanza Jiménez García. Enfermera. Coordinación Regional de Pediatría.

M^a Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

AUTORAS

Mónica Ruiz Hernández. Matrona. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

M^a Jesús Illán Macanas. Matrona. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

REVISIÓN

Encarnación Hernández Torres. Matrona. Centro de Salud Cieza-Este.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

M^a Ángeles Castaño Molina (Área I)

Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)

David Harillo Acevedo (Área III)

Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)

Mónica Hernández Martínez (Área V)

Aurora Tomás Lizcano (Área VI)

Yolanda López Benavente (Área VII)

Juana M^a García García (Área VIII)

Encarnación Hernández Torres (Área IX)

HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Revisado por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Mónica Ruiz M ^a Jesús Illán	Encarnación Hernández	Comisión Regional Lactancia Materna	6/11/2024	Creación Documento

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- JUSTIFICACIÓN	8
3.- USO DE CHUPETES	9
4.- CRITERIOS DE SUPLEMENTACIÓN	10
5.- USO DE BIBERONES Y OTRAS ALTERNATIVAS.....	12
6.- BIBLIOGRAFÍA	15





1.- INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos y bebés. Les proporciona protección frente a muchas enfermedades, favorece su desarrollo cognitivo y facilita el establecimiento de un apego seguro. Para la madre la lactancia también supone muchas ventajas, puesto que disminuye el riesgo de hemorragias posparto y de enfermedades como el cáncer de mama y ovario, ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo y, sobre todo, refuerza el vínculo y va a permitir disfrutar de una relación íntima y única con su hijo o hija.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la alimentación al pecho de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, junto con otros alimentos, hasta los dos años o hasta cuando la madre y el hijo o la hija lo deseen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF lanzaron en 1991 una Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) con el objetivo de animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Según esa iniciativa, la **maternidad** debería:

Paso 1: Disponer de una política escrita de lactancia que fuera conocida por todo el personal.

Paso 2: Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.

Paso 3: Informar a todas las embarazadas sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto.

Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto, facilitar la colocación de los bebés en contacto piel con piel y alentar a las madres cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.

Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

Paso 6: No dar otro alimento a los recién nacidos que no sea leche materna, a no ser que haya una indicación médica.

Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (madres y recién nacidos juntos las 24 horas).



Paso 8: Alentar a las madres a amamantar a demanda.

Paso 9: No dar biberones, tetinas o chupetes a niños amamantados.

Paso 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).

Del mismo modo, en el **Centro de Salud** debería:

Paso 1: Existir una política escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.

Paso 2: Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.

Paso 3: Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y cómo llevarlo a cabo.

Paso 4: Los profesionales sanitarios deberían ayudar a iniciar la lactancia y a asegurarse de que son atendidas en las primeras 96 horas tras el alta hospitalaria.

Paso 5: Ofrecer apoyo para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y continuarla posteriormente junto con la alimentación complementaria.

Paso 6: Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los bebés.

Paso 7: Fomentar la colaboración entre los profesionales de la Salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

2.- JUSTIFICACIÓN

El asesoramiento y apoyo profesional a las madres y otros miembros de la familia favorece la toma de decisión informada más apropiada sobre el uso o el no uso de chupetes y tetinas hasta la correcta instauración de la lactancia materna.

Si bien las orientaciones de la OMS no recomiendan que se eviten totalmente los biberones, las tetinas y los chupetes en el caso de los bebés nacidos a término, hay varias razones que hacen que sea preferible ser precavidos en cuanto a su uso, en particular la higiene, la formación de la boca y el reconocimiento de los signos de hambre.

Cuando la leche materna extraída u otros alimentos estén clínicamente indicados para los recién nacidos, deben preferiblemente ser administrados mediante métodos de alimentación como el vasito, la cuchara, el dedo-jeringa o el relactador, evitando con ello el uso de tetinas siempre que sea posible.

Ahora bien, es importante que el personal no dependa de las tetinas, al considerarlo un medio fácil para resolver las dificultades que experimenta el bebé al mamar, en lugar de ofrecer a las madres consejos que permitan que el bebé se prenda al pecho y mame adecuadamente. Es importante que el personal del establecimiento garantice una higiene adecuada en la limpieza de esos utensilios, ya que podrían convertirse en un terreno propicio para la proliferación de bacterias. El personal del establecimiento también debe informar a las madres y a los familiares de los riesgos de higiene derivados de una limpieza inadecuada de los utensilios de alimentación, a fin de que puedan decidir con conocimiento de causa el método de alimentación más conveniente.

La fisiología del amamantamiento es diferente de la fisiología de la lactancia con biberón y tetina. Es posible que el uso del biberón y la tetina dificulte el amamantamiento, sobre todo si su utilización es prolongada. Sin embargo, en el único estudio realizado sobre ese tema no se demostró que hubiera ningún efecto residual específico de la lactancia con biberón y tetina en la capacidad de mamar del bebé.

Los chupetes se han utilizado durante mucho tiempo para calmar a un bebé irritable. En algunos casos, el chupete tiene una finalidad terapéutica, como reducir el dolor durante una intervención cuando la lactancia materna o el contacto piel con piel no son viables. Sin embargo, si el chupete sustituye la succión y, por tanto, reduce el número de veces que un bebé estimula fisiológicamente

el pecho de la madre, podría producirse un descenso de la producción de leche materna. La utilización de tetinas o chupetes puede interferir con la capacidad de la madre para reconocer los signos de hambre del lactante. Si el uso del chupete impide que la madre vea que el bebé hace muecas de succión con los labios o que mueve la cabeza buscando el pecho, es posible que esta demore la toma hasta que el bebé empiece a llorar y se muestre irritable.

En el caso de bebés prematuros, los datos científicos disponibles ponen de manifiesto que el uso de biberones con tetinas interfiere con el desarrollo de la capacidad del lactante para mamar. Si la leche materna extraída u otros alimentos están indicados médicamente para los bebés prematuros, los métodos de alimentación por medio de tazas o cucharas son preferibles a la alimentación mediante biberones y tetinas.

Por otro lado, en el caso de bebés prematuros que no pueden mamar directamente, la succión no nutritiva y la estimulación oral pueden ser beneficiosas hasta que se establezca la lactancia materna. La succión no nutritiva o la estimulación oral implica el uso de chupetes, un dedo enguantado o un pecho que aún no produzca leche.

3.- USO DE CHUPETES

La succión no nutritiva es una necesidad para el bebé, le calma y le ayuda a conciliar el sueño. Es conveniente saber que en las primeras cuatro semanas el uso del chupete puede dificultar la instauración de la lactancia, por lo que es mejor evitarlo durante ese tiempo



4.- CRITERIOS DE SUPLEMENTACIÓN

A continuación se describen las posibles indicaciones de la administración de tomas suplementarias. En cada caso, el médico debe decidir si los beneficios clínicos superan a las posibles consecuencias negativas de esta toma.

1.- Indicaciones relacionadas con el lactante:

- Hipoglucemia asintomática, documentada mediante una determinación de glucemia (no por métodos de cribado a la cabecera del paciente), que no responde a la lactancia materna frecuente y apropiada. Hay que señalar que la aplicación de un gel de glucosa al 40% es eficaz para aumentar la glucemia en esta situación y mejora la tasa de lactancia materna exclusiva después del alta sin datos de efectos adversos. Los lactantes sintomáticos o asintomáticos con una glucemia $< 1,4$ mmol/l (< 25 mg/dl) en las primeras 4 horas o $< 2,0$ mmol/l (< 35 mg/dl) después de 4 horas deben ser tratados con glucosa intravenosa¹⁵. Durante el tratamiento intravenoso con glucosa debe mantenerse la lactancia materna.
- Signos o síntomas que pueden indicar un aporte insuficiente de leche:
 - a) Datos clínicos o analíticos de deshidratación importante (por ejemplo: sodio elevado, alimentación deficiente, letargo, etc.) que no mejora tras una evaluación especializada y una modificación adecuada de la lactancia materna.
 - b) Pérdida de peso $\geq 8\%-10\%$ (día 5 [120 horas] o más tarde) o mayor del percentil 75 para la edad. Constituye una indicación de evaluación meticulosa y posible asistencia con la lactancia materna.
 - c) Deposiciones diferidas, menos de cuatro deposiciones el día 4 de vida o deposiciones de meconio continuadas el día 5 (120 horas)³⁰.
 - d) Los recién nacidos con más deposiciones durante los 5 primeros días después del parto tienen una menor pérdida de peso inicial, una transición más temprana a deposiciones amarillentas y una recuperación más temprana del peso al nacer.
- Hiperbilirrubinemia
 - a) Ictericia del recién nacido por aporte subóptimo asociada a una ingesta deficiente de leche materna a pesar de una intervención adecuada. Comienza normalmente
 - b) al cabo de 2-5 días y se caracteriza por pérdida de peso continua, deposiciones limitadas y micciones con cristales de ácido úrico.

- c) Ictericia por leche materna cuando se alcanzan concentraciones de 340-425 $\mu\text{mol/l}$ (20-25 mg/dl) en un lactante que, por lo demás, crece bien; en esta situación puede considerarse la posibilidad de una interrupción diagnóstica o terapéutica de la lactancia materna. La actuación diagnóstica de primera línea debe incluir una evaluación analítica, en lugar de la interrupción de la lactancia materna.
- Indicación de administrar suplementos de macronutrientes, como en el caso excepcional de los lactantes con errores congénitos del metabolismo.

2.- Indicaciones maternas

- Retraso de la activación secretora (día 3-5 o más tarde [72-120 horas] y tomas insuficientes del lactante.
- Insuficiencia glandular primaria (menos del 5% de las mujeres con insuficiencia primaria de la lactancia), manifestada por una forma anormal de las mamas, escaso crecimiento mamario durante el embarazo o mínimos indicios de activación secretora.
- Trastorno de las mamas o cirugía mamaria previa que conlleva una producción deficiente de leche.
- Interrupción temporal de la lactancia debido a determinados medicamentos (por ejemplo: quimioterapia) o a separación temporal de la madre y el bebé sin disponibilidad de leche materna exprimida.
- Dolor intolerable durante las tomas que no se alivia con intervenciones.



5.- USO DE BIBERONES Y OTRAS ALTERNATIVAS

Existen diferentes técnicas para administrar suplementos a un bebé amamantado. A la hora de decidir el método, los deseos y necesidades individuales de la madre y el lactante son muy importantes.

Además del motivo por el que se decide suplementar, otros factores a tener en cuenta son los siguientes:

- La edad del niño y su capacidad de succionar de forma eficaz o no.
- Si el método favorece las capacidades de succión adecuadas del bebé.
- El volumen de leche a administrar.
- Si el uso previsto es a corto o largo plazo.
- El costo y disponibilidad.
- La facilidad de uso y limpieza.
- Las preferencias tanto de la madre como del niño. Ambos deben sentirse cómodos con el método elegido.

En base a estos criterios, a continuación se explican los beneficios e inconvenientes de cada método y la forma de ponerlo en práctica, sobre todo en las primeras semanas de vida del lactante.

ALIMENTACIÓN CON CUCHARA

Puede resultar útil en los primeros días de vida, para ofrecer pequeñas cantidades, si el bebé está adormilado, hace pocas tomas o no succiona el pecho de forma eficaz. Es menos útil cuando el bebé necesita más cantidad de leche porque puede resultar engorroso.

Es un método barato y está disponible en cualquier medio.

Procedimiento:

- Coloca la cucharita sobre el labio inferior de tu bebé para que pueda lamerla.



ALIMENTACIÓN CON VASO

Es un método útil y cómodo, aunque requiere práctica.

Se puede utilizar tanto para suplementar pequeñas cantidades como para volúmenes más grandes en lactantes más mayores.

Puedes utilizar un vaso casero o vasos comercializados.

Procedimiento:

- Coloca al bebé lo más vertical posible.
- Pon el vaso sobre el labio inferior evertido e inclínalo de forma que la leche lo toque ligeramente. Deja que el bebé introduzca la lengua en el vasito y no viertas la leche en su boca.
- Los bebés de bajo peso suelen lamer la leche y los mayores la succionan.



ALIMENTACIÓN CON DEDO-JERINGA O DEDO-SONDA

Te puede resultar útil si todavía no está bien establecida la lactancia para evitar el síndrome de confusión de pezón.

Procedimiento:

- Coloca al bebé lo más vertical posible.
- Tócale en el labio superior para que abra la boca e introduce un dedo limpio apoyando la yema en el paladar.
- Presiona ligeramente la lengua hacia abajo y sólo cuando el bebé succione. Adminístrale la leche con una jeringa.
- Comprueba que el labio inferior quede evertido.



ALIMENTACIÓN RELACTADOR

El relactador es una bolsa o botella de leche que se cuelga alrededor del cuello.

Su manejo puede resultar complicado, pero con práctica se adquiere destreza y puede resultar muy eficaz.

Procedimiento:

- A través de una válvula salen dos sondas que se fijan al pecho de la madre con cinta adhesiva, colocando el extremo en la punta del pezón cuando el bebé va a mamar.
- Al succionar obtiene leche del relactador y del pecho.
- Tras cada uso hay que limpiar concienzudamente el recipiente y las sondas.



ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

A pesar de ser un método utilizado frecuentemente se desaconseja su uso. Hay evidencia científica que demuestra que en estos casos hay varios inconvenientes añadidos.

- Lactancias más breves, especialmente si se introduce de forma temprana.
- Aparición de “Síndrome de Confusión de Pezón”.
- Provoca pérdida de confianza de los padres.





6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología - Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018 [Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018] ISBN 978-92-4-351380-5
- 2.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- 3.- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387:475–490.
- 4.- Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, et al. In hospital formula supplementation of breastfed babies: A population- based survey. Birth 2011;38:302–310.
- 5.- Boban M, Zakarija-Grkovic I. In-hospital formula supplementation of healthy newborns: Practices, reasons and their medical justification. Breastfeed Med 2016;11:448–454.
- 6.- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:827–841.
- 7.- National Health and Medical Research Council. Infant Feeding Guidelines Canberra: National Health and Medical Research Council, 2012.
- 8.- Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? Indian Pediatr 1992;29:535–540.
- 9.- Noel-Weiss J, Woodend A, Peterson W, et al. An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. Int Breastfeed J 2011;6:9.
- 10.- Reif M, Essock-Vitale S. Hospital influences on early infant-feeding practices. Pediatrics 1985;76:872–879.
- 11.- Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. Pediatrics 1991;88:745–750.
- 12.- World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.